UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
118. route de Narbonne - 31 TOULOUSE

ANNEE 1971 No 136

SOPHROLOGIE
et
CIRCULATION PERIPHERIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en JUILLET 1971

par

MICHELLE LAGROST-BERRANGER

Membres du Jury...

MM.	PLANQUES	*Président*
	GAYRAL	*Assesseurs*
	MONTASTRUC	
	MORON	
	BESSOU	*Suppléants*
	BEC	

TOULOUSE
IMPRIMERIE BORDÈRES
13, Barrière de Lombez, 13

1971

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546526_0059

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER
118. route de Narbonne - 31 TOULOUSE

ANNEE 1971 No 136

SOPHROLOGIE
et
CIRCULATION PERIPHERIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en JUILLET 1971

par

MICHELLE LAGROST-BERRANGER

Membres du Jury...

MM.	PLANQUES	*Président*
	GAYRAL	*Assesseurs*
	MONTASTRUC	
	MORON	
	BESSOU	*Suppléants*
	BEC	

TOULOUSE
IMPRIMERIE BORDÈRES
13, Barrière de Lombez, 13

1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

PRÉSIDENT de l'UNIVERSITÉ M LARENG

1er Vice-Président : M. MATHIS

Directeur de l'Unité de Sciences Médicales : M. MONNIER Toulouse-Purpan

Directeur de l'Unité de Sciences Médicales : M. ENJALBERT Toulouse Rangueil

DOYENS HONORAIRES

MM. GORSE, CALVET, BRUSTIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, DULUCQ.

SECTION MEDECINE

Clinique médicale et cardiologique	MM. DARDENNE
Clinique médicale Sud	**GADRAT**
Clinique chirurgicale	FIGAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	POULHES
Clinique chirurgicale et du cancer	**GRIMOUD**
Clinique chirurgicale infantile et ortophédie	**PASQUIE**
Clinique chirurg. orthopédique et traumatologique	**RIEUNAU**
Clinique de chirurgie cardio-vasculairee	**ENJALBERT**
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	**BAZEX**
Clinique des maladies des voies urinaires	**LHEZ**
Clinique des maladies infectieuses	ARMENGAUD M
Clinique médicale infantile et puériculture	**SOREL**
Clinique médicale de la première enfance	**BARDIER**
Clinique de neuro-chirurgie	**LAZORTHES**
Clinique neurologique et psychiatrique	**GERAUD**
Clinique obstétricale	**PONTONNIER**
Clinique odonto-stomatologique	**CADENAT**
Clinique ophtalmologique	**N...**
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	**CALVET**
Clinique de pneumo-phtisiologie	**DELAUDE**
Clinique rhumatologique	**RUFFIE René**
Accouchement et obstétricie sociale	**JAHIER**
Anatomie	**BASTIDE**
Anatomie appliquée	**POULHES**
Anatomie pathologique	**FABRE Jacq.**
Anesthésie et réanimation	**LARENG**
Bactériologie et virologie	**Mme ENJALBERT**
Biophysique médicale A	**MM. AUVERGNAT**
Biophysique médicale B	**BRU**
Chimie biologique	**VALDIGUIE P.**
Electro-radiologie	**MARQUES**
Embryologie générale	**BROUSSY Jean**
Hématologie	**RUFFIE Jacq.**
Histologie	**BIMES**
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène et médecine sociale	**MONNIER**
Immunologie	**DUCOS**
Médecine légale et médecine du travail	**PLANQUES**
Pathologie chirurgicale	**DAMBRIN**
Pathologie générale et médécine expérimentale	**SENDRAIL**
Pathologie médicale	**RIBAUT**
Physiologie	**LAPORTE Yves**
Physiologie appliquée et pharmacologie	**BAISSET**
Sémiologie et clinique médicale	**LAPORTE Jacq.**
Thérapeutique	DARNAUD

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie pathologique	**BOUISSOU**
Biochimie médicale	**DOUSTE-BL.**
Histologie et embryologie	**PLANEL**
Maladies infectieuses	**ARMENGAUD**
Oto-Rhino-Laryngologie	**CLAUX**

Pathologie médicale		BOULARD
Physiologie		MONTASTRUC
Physiologie		BESSOU
Physique médicale		COMMANAY

PROEESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique	MM.	FABRE Jean
Bactériologie, parasitologie, virologie	Mme	LARENG
Biochimie médicale		VALDIGUIE P.
Chirugie générale		GEDEON
Chirugie générale		SARRAZIN
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		ESCHAPASSE
Electro-radiologie		PONS
Electro-radiologie		ROULLEAU
Médecine générale et thérapeutique		BOLLINELLI
Ophtalmologie		DEODATI
Pédiatrie		DALOUS
Pneumo-phtisiologie		ESPAGNO J.
Médecine générale et thérapeutique		SUC
Pédiatrie		REGNIER
Médecine générale		RIBET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie	MM.	ESTRADE
Médecine générale et thérapeutique		BES
Pathologie expérimentale		GLEIZES
Médecine générale		ARLET Jacq.

AGREGES

Médecine générale	MM.	CALAZEL
Médecine générale		LE TALLEC
Chirurgie générale		FICAT
Chirurgie générale		GAUBERT
Médecine légale		GREZES-RUEFF
Neurologie et psychiatrie		GAYRAL
Ophtalmologie		BEC

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	MM.	SOUQUET
Pathologie chirurgicale		DIEULAFE
Obstétrique		ESPAGNO Guy

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Psychiatrie	M.	LABOUCARIE

Section Pharmacie

Botanique et cryptogamie		
Chimie analytique	MM.	PITET
Chimie analytique, toxicologie et hygiène indust.		BOURBON
Chimie pharmaceutique		BLANC
Microbiologie		BREUILLAUD
Pharmacie chimique et pharmacodynamie		CAUJOLLE
Pharmacie galémique et matière médicale		STANISLAS
Physiologie, Zoologie et parasitologie pharm.		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	COUTURIER
Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Chimie organique	MM.	BERTRAND
Zoologie		GAYREL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Botanique	Mme	LASCOMBES
Microbiologie	MM.	MICHEL G.
Pharmacodynamie		CROS Jean
Physiologie		DUMAS J.-C.
Pharmacie galénique		ROUFFIAC R.
Chimie biologique		SOULA Georges
Toxicologie		MALBOSC R

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

A MON PERE

A qui je dois tout.
Puissent ces pages lui rendre un peu de cet amour, de cette persévérence, de cette modestie qui l'honnorent.

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MON MARI

A M. et M^me^ LAFFONT

Qui m'ont tant aidé sur le plan technique.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur Planques

Professeur de Médecine légale et Médecine du Travail,
Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse après nous avoir si gentiement accueillie dans son service.

Nous lui exprimons ici toute notre **respectueuse gratitude.**

A NOTRE JURY DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Gayral

Maître de Conférence agrégé de Neurologie et Psychiatrie

Vous nous avez fait un très grand honneur en acceptant d'être notre juge. Nous vous prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Montastruc

Professeur de Physiologie

En témoignage de gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à notre thèse et le soutien que vous nous avez assuré tout le long de nos études.

Monsieur le Docteur Moron

Chargé de cours

Vous nous avez fait l'honneur de diriger nos travaux en vous intéressant de près à cette technique nouvelle. En témoignage de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bec

Professeur agrégé d'Ophtalmologie
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez fait le grand honneur de participer à notre jury, nous vous témoignons notre gratitude.

Monsieur le Professeur Bessou

Professeur de Physiologie

Qui a bien voulu nous aider dans la recherche physiologique des phénomènes qui nous occupent.

A Monsieur le Professeur Déodati

Professeur d'Ophtalmologie
Chirurgien des Hôpitaux

Nous vous sommes profondément reconnaissante de votre chaleureux accueil au sein du service d'Ophtalmologie.

A Monsieur le Docteur Fontan

Vous nous avez fait le grand honneur de vous intéresser à la sophrologie et de nous introduire dans le service d'ophtalmologie. Nous vous prions de croire à notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

« Magie, Magnétisme, Hypnose, Sophrologie, sont des termes qui tracent le chemin par lequel se sont dirigées les recherches et les études concernant la conscience.

Chacun de ces vocables signale une époque et prépare l'évolution vers la suivante », dit le Pr P. Pons (1).

Nous allons essayer de mieux connaître ces vocables et leurs inter-relations.

APERÇU HISTORIQUE

Dès ses débuts en France avec MESMER à la fin du XVIII[e] siècle, le Magnétisme fut l'objet de controverses et de scandales, d'engouements incontrôlés et de réprobations aveugles. MESMER commença à opérer avec les métaux « magnétiques », et, de là, il élabora peu à peu la théorie du magnétisme animal. D'après lui, un fluide magnétique bienfaisant pouvait se transmettre d'un sujet à l'autre. Après l'établissement du « rapport » entre le thérapeute et le patient, et des manipulations plus ou moins prolongées de celui-ci à l'aide de passes, l'opérateur obtenait une crise thérapeutique (une sorte de crise convulsive). On soignait particulièrement l'ambiance des séances collectives ; le maître portait des habits de soie Lilas, et la musique jouait un rôle important (2).

Les discussions portaient à cette époque sur deux interprétations du phénomène : le fluidisme expliquant les effets du magnétisme par l'intervention d'un fluide de nature inconnue, et l'animisme par les seules émotions que suscite le procédé (3).

En 1843, BRAID refute définitivement la théorie fluidique et baptise le magnétisme animal « Hypnotisme ». Il énoncera une théorie neuro-physiologique de l'hypnose, sur laquelle celle-ci est induite par la fixation visuelle (2). Mais c'est à LIEBAULT que revient le mérite d'avoir le premier, utilisé systématiquement la suggestion verbale à des fins thérapeutiques (4). BERNHEIM, professeur à l'université de Nancy, est convaincu par LIEBAULT et entreprend dans son service, d'innombrables traitements (15).

L'école de Nancy s'oppose alors à l'école de Paris avec CHARCOT et BABINSKI à la Salpétrière. CHARCOT ne fait aucun usage de l'hypnose, il s'en sert à des fins uniquement expérimentales, et explique le processus par des mécanismes neuro-physiologiques. BERNHEIM, par contre, utilise l'hypnose en thérapeutique médicale et psychique

à des fins de suggestion pure, en vue de lutter directement contre les symptômes. Il explique le processus par l'intervention du phénomène purement psychique de la suggestion.

En 1836, FREUD prend contact avec les deux écoles, il utilise l'hypnose à des fins cathartiques, pour avoir accès aux processus psychiques inconscients du patient. Il l'abandonne ensuite pour la méthode psycho-analytique des associations libres... de toutes suggestions (3).

Tombée en désuétude en France, après la mort de CHARCOT, malgré les travaux de JANET, elle continue d'être utilisée à l'étranger, surtout pendant les deux guerres mondiales, pour le traitement des névrosés de guerre. Depuis les années 1950, son application est reprise en France, notamment par des tenants du courant psycho-analytique (3). De nos jours, nombreux anesthésistes et stomatologistes étudient, pratiquement l'hypnose et ont des résultats (6).

Essayons de définir l'hypnose :

LIEBAULT parle de « sommeil provoqué par exaltation de la suggestibilité ».

PAVLOV et VOGT reprennent la notion de sommeil sous forme de « sommeil partiel ».

BERNHEIM, « état psychique particulier, susceptible d'être provoqué et qui augmente à des degrés divers la suggestibilité ».

GILL et BRENMAN, « type particulier de processus regressif, instauré par une privation sensorielle, motrice et idéationnelle, à laquelle vient s'ajouter la stimulation de relations archaïques à l'égard de l'hypnotiseur ».

Le professeur GAYRAL la définit ainsi (6) :

1° « état particulier de la conscience (au sens psycho-physiologique), caractérisé par une :

— certaine forme de suggestibilité,

— un certain degré d'analgésie,

— et une amnésie... »

2° « pouvant ressembler, extérieurement au sommeil » ;

3° « provoqué par l'action d'une autre personne » (action purement psychologique).

Nous voyons que l'hypnose est différente du sommeil et différente de la transmission de pensée à distance.

La diversité de ces définitions indique bien que la nature du phénomène hypnotique échappe à toute appréhension satisfaisante.

L'ETAT HYPNOTIQUE

Les critères de l'état hypnotique :

Ils sont difficiles à établir, faute de critères cliniques objectifs, et du fait que le témoignage des patients est sujet à caution.

SCHILDER et KAUDERS (5) donnent une bonne description de la manière dont se réalisent les suggestions au cours de l'hypnose. La réalisation vérifiable de suggestions telles que la lourdeur par décontraction, la catalepsie et l'anesthésie, est le meilleur critère de l'état hypnotique.

Les stades de profondeur :

On peut grouper les nombreux symptômes décrits par les différents auteurs (36 à 100) en 4 stades, phases ou degrés (6).

— *premier stade :* ou état hypnoïde, caractérisé par une certaine relaxation générale et un sentiment de lourdeur des membres ;

— *deuxième stade :* stade de transe légère où l'on observe une fixité cataleptique des yeux, les muscles sont un peu contractés. On observe déjà des symptômes neu-

ro-végétatifs avec la lenteur du pouls, la lenteur de la respiration et un sentiment de légère lassitude chez le sujet induit ainsi que l'augmentation importante de la suggestibilité ;

— *troisième stade :* transe moyenne, où l'inhibition musculaire devient complète. L'amnésie sera totale et le sujet commence à éprouver certaines illusions visuelles. Il apparaît un symptôme très important : l'anesthésie en gant ;

— *quatrième stade :* transe profonde dite somnambulique, cela veut dire que le sujet a la possibilité d'ouvrir les yeux sans voir, de prêter attention sans entendre. A ce moment, il y a une large dilatation pupillaire. L'amnésie est complète et il pourrait y avoir réellement des phénomènes déambulatoires inconscients. Le sujet peut éprouver des phénomènes de rigidité, des phénomènes hallucinatoires et des paresthésies.

Les phénomènes hypnotiques :

Du point de vue sensoriel et sensitif on constate une élévation des seuils d'excitabilité, sauf en ce qui concerne la voix de l'hypnotiseur ; les sensations émanant du monde ambiant sont atténuées ou abolies.

L'effet des suggestions sur les fonctions végétatives est considérable. On note :

— un ralentissement du pouls et de la respiration dont le rythme se rapproche de celui du sommeil,

— une légère diminution de la tension artérielle,

— ainsi qu'une vasodilatation périphérique.

Les recherches de l'électro-encéphalogramme sont contradictoires. On distingue deux tendances opposées : l'une assimile les traces sous hypnose à ceux du sommeil, l'autre n'y trouve pas d'indices de sommeil et une troisième tendance situe l'électro-encéphalogramme sous hypnose comme la manifestation d'un état intermédiaire entre veille et sommeil (7).

THÉORIES DE L'HYPNOSE

WOLBERG les a classées tant elles sont nombreuses (8).

1) Les théories qui rapprochent l'hypnose d'un état plus ou moins pathologique. Ce sont les théories qui ont amené la disparition de l'hypnose après la critique de BABINSKI.

2) L'hypnose entre dans les phénomènes de manifestation neuro-psychique et corticale. Ce sont les théories Pavloviennes qui considèrent l'hypnose à un sommeil partiel, c'est-à-dire, à une inhibition partielle provoquée dans le cortex cérébral. Il reste un certain nombre de points vigiles qui, chez l'animal ont pu être repérés et permettent un rapport partiel entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé. La grande critique est constituée par le fait que ces travaux reposent sur l'animal.

3) L'hypnose s'explique essentiellement par des phénomènes d'immobilisation et ceci est particulièrement vrai dans l'hypnose animale.

4) L'hypnose se rapproche d'un état de sommeil, impliquant la dissociation du conscient et de l'inconscient avec apparition d'une activité automatique.

— Rappelons pour mémoire la théorie magnétique.

— Théorie psycho-analytique : la situation hypnotique serait constituée par un certain mode de transfert, il y aurait une réactivation du complexe d'œdipe d'où deux types d'hypnose :

— une hypnose maternelle basée sur l'amour,

— une hypnose paternelle basée sur la crainte. FREUD insiste sur l'aspect érotique de la relation hypnotique considérée comme l'abandon amoureux total, l'aspect de soumission, l'hypnotiseur prend la place de l'idéal du Moi du sujet (18).

QUI EST HYPNOTISABLE ?

Considération générale :

D'une manière générale, l'hypnose induite par un bon hypnotiseur donne les résultats suivants :

— 5 % seulement sont réfractaires et sur les 95 % restants ;

— 65 % arrivent à la transe légère ;

— 50 % arrivent à la transe moyenne ;

— 25 % arrivent à la transe profonde.

Contrairement à l'opinion largement répandue, les oligophrènes sont les plus réfractaires, les sujets à quotient intellectuel élevé, les rationnalistes passent pour être les plus facilement hypnotisables. De même les enfants sont facilement hypnotisables, mais les femmes ne le sont pas plus que les hommes (6).

Détermination pratique :

En pratique, on utilise les « tests de suggestibilité ». WEITZENHOFFER (9), en décrit 20. Le plus utilisé en pratique est le test du balancement qui consiste à suggérer au sujet l'attraction, puis la chute en arrière (3).

TECHNIQUE DE L'HYPNOSE (3)

Tout traitement hypnotique doit être précédé d'un entretien préparatoire, suivi ou non, d'un ou de plusieurs tests de suggestibilité.

Toute hypnose comporte trois temps : l'induction ; un certain nombre d'épreuves pour le contrôle de la suggestibilité et qui approfondissent aussi la transe, et le réveil.

Le mode d'induction est variable, de même que le style du thérapeute, qui peut être soit autoritaire, soit plus souple, voire séducteur.

Entretien préliminaire :

Il sera précédé d'une anamnèse approfondie avec une description aussi détaillée que possible des symptômes et de leur vécu subjectif.

Il faut dissiper les appréhensions, les préjugés et situer l'hypnose dans son contexte médical.

Description d'une technique :

Nous avons choisi la méthode utilisant pour l'induction de l'état hypnotique, la fixation du regard sur un objet, associée à des suggestions verbales. Elle est sans doute parmi toutes les techniques, la plus utilisée, la plus pratique, et la plus sûre pour le thérapeute.

— *Induction :*

Comme les autres techniques d'induction, elle répond à un certain nombre de principes généraux : diminution des stimulisensoriels et moteurs, fixation de l'attention sur un point précis, et répétition de stimuli-monotones.

Le patient est confortablement installé, couché ou assis, il fixe la croix que le thérapeute a dessiné sur son pouce, son bras est tendu à hauteur de ses yeux, l'obligeant ainsi à faire un effort de convergence et d'élévation du regard. Le thérapeute annonce que la vision de la croix se brouille, qu'elle est floue. Lorsque les paupières du patient s'abaissent et s'élèvent en mouvements saccadés, le thérapeute sait que le patient ressent une fatigue oculaire et l'envie de fermer les yeux, ce qu'il lui demande de faire si cela n'a pas lieu spontanément.

Toute cette induction est soutenue par des suggestions que le thérapeute prononce d'une voix monotone, répétant les mêmes contenus sous différentes formes.

L'occlusion des yeux réalisée, il poursuit l'induction par des suggestions de calme, de détente, de sensations de lourdeur, de lassitude et de somnolence. Le patient repose alors immobile, les yeux fermés, les pieds en légère rotation externe, ses membres sont hypo-toniques et retombent lorsqu'on les soulève. Sa respiration est calme et régulière, son pouls parfois ralenti.

— *Epreuves de suggestibilité ou approfondissement de la transe.*

Le thérapeute suggère successivement l'immobilité partielle d'un membre supérieur, l'immobilité totale du membre supérieur opposé, la levitation puis la catalepsie d'un des deux membres supérieurs. La réalisation de chaque épreuve est vérifiée et la suivante n'est abordée que si la précédente est réussie.

— *Suggestions thérapeutiques.*

Si la visée du traitement est la levée de symptômes par voie suggestive, le moment est venu de donner les suggestions thérapeutiques, dont la portée est singulièrement renforcée par la réalisation des phénomènes précédents. Le thérapeute les présente d'une voix ferme et assurée en se fondant, aussi fidèlement que possible, sur la description des symptômes préalablement donnée par le patient, et en répétant plusieurs fois la même suggestion en termes imagés et chaque fois différents.

— *Réveil.*

Il doit être progressif et précédé de suggestions de repos et de bien-être. Il est important de procéder à une désuggestion soigneuse et de reprendre chacune des suggestions données en vue de l'établissement de l'état hypnotique (fatigue, lourdeur, somnolence). En cas de réveil trop brusque ou de désuggestion insuffisante, le patient peut présenter une sensation de malaise avec céphalées, vertiges et anxiété, nécessitant le recours à une nouvelle induction qui permet une meilleure désuggestion.

— *Entretien après la séance.*

Le patient relate spontanément son expérience, sinon le thérapeute peut l'interroger et modifier la technique des séances ultérieures en fonction des indications recueillies au cours de cet entretien.

Autres techniques :

— *Selon le mode d'induction :*

*Méthode utilisant uniquement la suggestion verbale.

*Méthode associant des stimulations sensorielles à la suggestion verbale :

— stimulation optique : technique décrite,

— stimulation acoustique : un métronome remplace la fixation du pouce.

*Méthode associant les stimulations chimiques à la suggestion verbale.

Certains thérapeutes associent des barbituriques par voie orale, rectale ou en injection pour faciliter l'induction.

— *Selon la visée thérapeutique :*

a) *Hypnose de détente ou prolongée* (10), définie par des états hypnotiques prolongés pendant plusieurs heures, jours ou semaines, avec des réveils périodiques. Elle est fondée sur l'hypothèse que l'efficacité de l'hypnose n'est pas liée aux suggestions thérapeutiques, mais à l'état hypnotique lui-même.

b)*Hypnocatharsis*, surtout pratiquée aux Etats-Unis (Brenman et Gill, Erickson, Lindner, Schneck et Wolberg). Sa visée est de rendre conscients des conflits refoulés, et d'obtenir une libération des affects enclavés et des représentations correspondantes grâce à la reviviscence affective.

c) *Hypnoanalyse.* Certains auteurs anglo-saxons (Lindner) combinent la technique psychanalytique et l'hypnose, et pensent pouvoir, par ce moyen, raccourcir la durée d'une psychanalyse méconnaissant ainsi la découverte de Freud.

— *Technique collective :*

a) Hypnose de groupe surtout employée aux Etats-Unis et en U.R.S.S. pour le traitement des alcooliques.

b) Hypnodrame : combinaison entre hypnose et psychodrame Moreno et Enneis (1950).

— *Technique autohypnotique :*

Employée d'habitude à la fin du traitement hypnotique pour consolider et prolonger les effets obtenus par les suggestions thérapeutiques.

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS RESULTATS

Indications :

En psychiatrie :

— névroses hystérique, phobique, obessionnelle,
— états anxieux névrotiques,
— états hypochondriaques névrotiques,
— troubles du sommeil,
— dépressions névrotiques mineures,
— pathologie-post-traumatique,
— troubles sexuels : impuissance, frigidité, etc...,
— toxicomanie et alcoolisme (U.S.A., U.R.S.S.).

Maladies psychosomatiques (asthme, hyper-tension artérielle, ulcère gastro duodénal, rectocolite, ulcèro-hémorragique, obésité, eczéma, psoriasis.

En pédiatrie : énurésie, tics, bégaiement.

Contre-indications :

La psychose est pratiquement la seule contre-indication absolue, presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Résultats :

On peut apprécier le résultat d'un traitement par l'hypnose selon trois ordres de données :

— réussite de l'induction-hypnotique,

— diminution ou disparition des symptômes,
— amélioration de la relation psycho-thérapique.

L'application de l'hypnose au traitement des troubles névrotiques se heurte à des difficultés bien plus grandes qu'en anesthésiologie par exemple. Il est certes plus aisé d'extraire une dent sans douleur sous hypnose que de débarrasser un névrosé d'un symptôme où se trouve investie une partie de son économie affective.

Il demeure de grosses inconnues dans le mécanisme de l'hypnose : le problème de la suggestion verbale, la transmission de pensées. Je crois que l'on peut retenir deux choses :

1) L'hypnose n'appartient ni à l'erreur scientifique, ni à la tromperie, le fait est trop universel.

2) On obtient par hypnose, analgésie, amnésie et suggestibilité, et plus particulièrement amnésie de la douleur et analgésie pendant l'opération.

C'est justement à cause de ces propriétés qu'on a pensé appliquer l'hypnose à la dentisterie (6).

LA RELAXATION

Le terme de relaxation est fort ancien, il a toujours été utilisé en médecine, dans ces acceptions parfois fort voisines à celles que nous allons utiliser (dilatation des artères, relâchement de la matrice, etc). Son sens actuel est comme infiltré des différents sens qu'il a eus au cours de l'histoire, notamment le sens de libération d'un prisonnier, d'une bête en vènerie, jusqu'à la nuance péjorative du relâchement, de la négligence. L'étymologie nous rappelle les significations, las, lasser, lâcher, laisser, allonger (11).

La relaxation est à l'ordre du jour ; l'homme moderne est sollicité à tout instant par une débauche d'excitations sensorielles et de sollicitations affectives de tous genres (bruits, presse, publicité, radiophonie). Le rythme accéléré de l'existence, la surcharge agitée de la vie quo-

tidienne nous installent dans un état d'excitation nerveuse permanente. Par la profondeur de son action et ses implications psycho-somatiques, la relaxation arrive juste à point au moment où l'on est en train de redecouvrir la puissance de la concentration psychique sur les fonctions somatiques : la fécondité des théories psycho-somatiques en thérapeutique, le succès de l'accouchement sans douleur, sont à cet égard signaficatifs (12).

Nous allons étudier les trois grandes catégories de méthodes :

— Technique globale,
— Technique analytique,
— Technique rééducative,

et plus particulièrement la technique globale concentrative de SCHULTZ.

LES METHODES

Méthode analytique à point de départ physiologique (12) :

Ces méthodes visent essentiellement le plan physiologique de la relaxation. L'effort technique s'appuie sur le chaînon périphérique du complexe neuro-musculaire, c'est-à-dire sur le relâchement de la musculature striée périphérique. Ce relâchement musculaire est obtenu principalement, non pas par des techniques de concentration mentale, mais une éducation du sens musculaire, et une prise de conscience des modalités de fonctionnement musculaire dans le couple contraction-relâchement corrélatif de la diade tension-relâchement. La relaxation est ici comprise comme une conduite uniquement physiologique dont l'apprentissage repose sur une simple technique.

1) *La relaxation progressive d'*E. JACOBSON.

Le patient est allongé, immobile et au calme. Il est invité à prendre conscience d'une sensation de contraction sur un groupe musculaire donné par une sucession de contractions et de relâchement. Lorsque le sujet

perçoit manifestement cette sensation de contraction, il apprend à se relaxer sans contraction préalable. Cette dernière phase conduit le patient à prendre conscience des tensions musculaires que provoquent ses mouvements affectifs et ses difficultés dans la vie. JACOBSON conduit ses patients à la « relaxation-psychique » en leur apprenant à contrôler les légères contractions de leurs yeux, de leur appareil de phonation et des autres appareils expressifs qui accompagnent pensées et sentiments.

L'apprentissage de la relaxation progressive est assez long. Elle exige des séances d'une demi-heure à une heure, une à trois fois par semaine, pendant des semaines, des mois, parfois plus d'une année. Le thérapeute aura ici un rôle didactique important, il dirigera les efforts du patient, lui facilitera progressivement l'apprentissage du sens musculaire, contrôlera la progression du travail.

A part ces séances de contrôle, le patient devra s'entraîner quotidiennement à domicile durant une heure à deux heures.

2) *La technique de* M. JARREAU *et* MM. R. KLOTZ.

Elle utilise à la fois la méthode de JACOBSON, de SCHULTZ et de J. de AJURIAGUERRA.

Cette méthode permet, par une recherche des paratonies, zones musculaires dans lesquelles le malade paraît vivre plus intensivement sa tension psycho-affective et concentrer électivement ses dépenses, de les exploiter secondairement sur le plan thérapeutique.

3) *Le Training compensé d'*AINGINGER.

C'est essentiellement une éducation et une rééducation de la respiration, en vue, par réaction centrale, de mettre au repos les centres de contrôle sous-corticaux et corticaux de cette fonction, et par voie de conséquence de toutes les autres fonctions végétatives et de tout le cortex cérébral contrôlant l'état affectif et thymique des patients.

Méthode globale à point de départ psycho-thérapique (12)

Caractérisée essentiellement par une conception globale de la personnalité humaine, elle utilise des techniques de relaxation à point de départ mental. Elles envisagent la décontraction musculaire et viscérale comme un moyen, comme un point d'appui, visant à obtenir un relâchement psychique, une détente mentale. La décontraction, la relaxation au sens périphérique et neuro-vasculaire du terme n'est qu'un moyen d'aboutir à un état de déconnexion cérébrale psychique, à un état hypnoïde.

Nous envisagerons longuement la méthode d'auto-déconnexion concentrative de J.-H. SCHULTZ, historiquement, la première en date. Toutes les autres méthodes psycho-physiologiques en dérivent directement et n'en diffèrent que par des modifications techniques ou par des façons différentes d'envisager la relation inter-individuelle et son utilisation au cours de l'apprentissage de la relaxation.

— L'état de déconnexion concentrative permettrait à la conscience de se maintenir de façon priviligiée à un stade intermédiaire entre le « pré-assoupissement et l'assoupissement ».

— Il permettrait de se détacher du continum veille-sommeil et ceci d'une façon de plus en plus automatique, grâce à l'apprentissage (13).

Le Training Autogène de J.-H. SCHULTZ.

Dans l'établissement de la déconnexion hypnotique, SCHULTZ est frappé par deux éléments : la sensation de pesanteur et de chaleur. La déconnexion hypnotique exprime le passage de l'état vigile à l'état hypnotique se caractérisant, entre autre, par le détachement du réel et de l'entourage. La pesanteur est l'expression de la décontraction musculaire, la chaleur celle de la vaso-dilatation des vaisseaux périphériques. Pour l'auteur, ces deux moments fondamentaux ne sont pas simplement des épi-phénomènes, des accompagnements de l'hypnose,

mais ils sont à la base, et conditionnent physiologiquement la déconnexion hypnotique. Ils peuvent faire l'objet d'exercices méthodiques d'un véritable entraînement qui permettra d'obtenir l'auto-déconnexion hypnotique, une auto-hypnose dont Vogt avait démontré la possibilité. Nous voici arrivés au principe essentiel du Training Autogène. Il peut être défini comme un système d'exercices physiologiques et rationnels, soigneusement étudiés pour provoquer une déconnexion générale de l'organisme, qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs.

Aperçu descriptif de la méthode :

Elle comprend :

— Un cycle inférieur se composant de six exercices de décontraction concentrative ;

— Un cycle supérieur se rapprochant des techniques de psycho-thérapie profonde.

a) *Cycle inférieur :*

* *attitude générale du sujet :*

Les exercices se pratiquent dans des conditions bien précises : pièce tranquille, de température moyenne, dans une demi-obscurité conduisant à l'atténuation des stimulations extérieures. Le patient ne devra pas être gêné par des vêtements incommodes. L'attitude corporelle est importante et devra engendrer des tensions musculaires minima. L'exercice se fera le plus fréquemment possible en position couchée, en prenant soin de soutenir la nuque à l'aide d'un petit coussin. Les bras reposeront en flexion légère le long du corps, les paumes retournées vers le bas, les pointes des pieds relâchées en position extérieure.

* *La fermeture des yeux* complètera l'atténuation des sensations d'origine optique, et favorisera la concentration sur la formule préliminaire aux exercices proprement dits.

* *L'induction au calme :*

Le patient est maintenant invité à se pénétrer de la formule : « je suis tout à fait calme », à se la rendre aussi « présente » que possible, sans faire aucun mouvement et sans parler. Cette consigne d'induction au calme ne doit en aucune façon être comprise comme une autopersuasion rappelant les recettes de la méthode Coué. Elle représente au sujet le but final à obtenir à l'aide de la technique, elle permet d'entrer dans un état de passivité productive qui va permettre le premier exercice.

* *L'expérience de la pesanteur :*

Le patient va maintenant se concentrer mentalement sur la formule : « mon bras droit est tout à fait lourd ». Le sujet s'abstiendra de tout mouvement. Il lui faut, au contraire, s'efforcer de simplement « penser ». Il ne s'agit pas de « faire quelque chose » avec le bras, mais d'induire « dans le domaine mental » une « idéation abstraite ».

L'exercice sera court au début et ne devra pas durer plus d'une demi-minute à une minute. Pendant la première quinzaine, 2 ou 3 exercices quotidiens, la régularité rigoureuse est une nécessité fondamentale surtout au début.

Normalement le sujet enregistre, au bout de quelques jours, une sensation de pesanteur dans le bras exercé. Il est alors inutile de passer systématiquement aux autres membres. La sensation de pesanteur devient plus intense, et, au bout de quelques jours d'entraînement, elle se fait bientôt sentir dans les autres membres et dans tout le corps par un processus de généralisation spontanée. L'apparition et la progression de cette impression de pesanteur avec ses innombrables variations nécessitent un contrôle médical régulier, le médecin contrôlant également la décontraction objective par l'appréciation du tonus musculaire et par des épreuves cliniques de contrôle de l'état tonico-musculaire.

A la fin de chaque exercice, une reprise soigneusement exécutée selon une technique précise ramène l'organisme à son état de tension normal. Elle se compose de mouvements successifs : faire plusieurs flexions et extensions énergiques des bras, inspirer fortement, ouvrir les yeux.

* *L'expérience de la chaleur :*

L'exercice de la pesanteur ayant fait l'objet d'un bon entraînement, on peut commencer celui de la chaleur. La représentation mentale se concentrera sur une troisième formule : « mon bras droit (gauche pour les gauchers) est tout à fait chaud ». Une onde de chaleur est alors ressentie dans le bras droit. Habituellement au bout d'un jour ou deux, la sensation de chaleur s'intensifie d'abord et se généralise ensuite aux quatre membres, suivant un processus comparable à la généralisation de la pesanteur. Le patient suit passivement cette généralisation et y adapte les formules : « mes bras et mes jambes sont tout à fait chauds » « tout mon corps est chaud ».

* *L'exercice cardiaque :*

Il conduit le patient à la découverte de son « vécu cardiaque ». Il s'agit, dans cet exercice, de se concentrer sur les manifestations subjectives du fonctionnement cardiaque : battements perçus dans la région pré-cordiale ou, à défaut, pouls artériels, à l'aide de la formule : « mon cœur bat calme et fort ».

* *Le contrôle respiratoire :*

Il fera l'objet de l'exercice suivant. Cette quatrième étape consiste à introduire dans le domaine de la respiration la détente appliquée jusqu'ici aux muscles, aux vaisseaux et au cœur. Ici encore, il faut respecter le rythme respiratoire naturel : toute modification volontaire peut avoir des effets perturbateurs et implique des contractions musculaires et une tension active allant à l'opposé de la relaxation. La formule « respiration tout à fait calme » permettra une intégration harmonieuse d'une respiration désinhibée, complètement livrée à elle-même,

dans l'état de calme créé précédemment. Le sujet doit se laisser prendre et porter par sa respiration, s'abandonnant totalement à son mouvement.

* *La régulation des organes abdominaux :*

Elle succède à la relaxation des membres et du thorax (cœur, respiration). Le sujet se concentre sur la région épigastrique (toujours après avoir effectué les quatre premiers exercices) en se concentrant sur la formule « mon plexus solaire est tout chaud ». A ce stade, le corps repose, détendu, immobile, lourd de toute sa masse ; inondé de chaleur ; abandonné au rythme harmonieux des battements vasculaires et des mouvements respiratoires.

* *Le régime spécial de la tête :*

Il soumettra « la sphère céphalique » à un régime spécial. A l'aide de la phrase clef : « mon front est agréablement frais », une vasconstriction du domaine céphalique amènera une sensation de fraîcheur agréable dans la région du front, décongestionnante et rafraîchissante.

A la fin de cet apprentissage (en moyenne de 6 à 10 semaines) le sujet a acquis une capacité de relaxation physiologique se manifestant dans le domaine mental par une sensation de calme intérieur, un détachement contrôlé de l'ambiance externe étant d'une haute signification psycho-physiologique, intermédiaire entre le sommeil et la vie.

b) *Cycle supérieur :*

Après 6 mois à 2 ans d'exercices réguliers, le sujet pourra éventuellement accéder au grade supérieur. Celui-ci nécessitera, comme condition première, une maitrise complète des exercices du premier degré permettant la déconnexion spécifique de manière absolument immédiate par un bref acte de concentration intérieure. Méthode de psychothérapie profonde, elle ne devra être maniée que par des médecins rompus à la technique psychanalytique.

Ce travail consiste à manier des réalités extraordinairement subtiles, délicates, remuant profondément la personnalité. Un tel travail doit être nécessairement suivi par un médecin spécialisé en psychologie profonde, connaissant exactement la personnalité et l'état de santé mentale du patient.

L'entraînement psycho-physiologique par la relaxation (12)

J. de AJURIAGUERRA adopte surtout les deux premiers temps de pesanteur et de chaleur de la technique de SCHULTZ, mais il menage une place toute particulière à l'apprentissage du relâchement musculaire.

L'apprentissage du relâchement musculaire, segment par segment, est présenté au malade, non comme un « bon pouvoir », mais comme un acte nouveau, voulu par lui. La collaboration active du patient sera sollicité dès le début par des témoignages aussi précis que possible et des séances quotidiennes où l'aspect relationnel primera sur l'aspect de contrôle. Le malade est ainsi conduit à une attitude active. Il devra assumer son effort de guérison.

L'attitude du thérapeute est ici fondamentale. Elle est active, afin de permettre au patient d'éprouver la sensation recherchée pour qu'il puisse se confronter avec ses tensions ignorées jusqu'ici. Le thérapeute devient un témoin priviligié et rassurant.

L'hypnose fractionnée progressive d'E. KRETSCHMER.

C'est en partant de recherches sur la technique de l'hypnose d'une part, et sur la psycho-motricité et la régulation tonique dans les différents types constitutionnels d'autre part, qu'E. KRETSCHMER a mis au point sa technique.

Comme SCHULTZ, il cherchera à induire un état hypnoïde intermédiaire entre la veille et le sommeil, par une induction progressive et judicieusement étalonnée.

Il s'agit d'une méthode utilisant d'une part une régu-

lation nouvelle des niveaux toniques de la musculature volontaire et des organes internes, d'autre part une élucidation des conflits du sujet, obtenue par analyse parallèle.

Méthodes rééducatives.

Essentiellement représentées par la méthode rythmique de GERDA ALEXANDER. L'auteur étudia les fonctionnements du mouvement « naturel » ou « le plus spontané ou naturel possible ».

L'entraînement s'appuie sur deux grands principes : la recherche de l'eutonie, jeu optimal de tension, et l'étude dynamique des mouvements dans une vision de psychopédagogie.

Dans cette technique, la formation par une personne spécialisé est indispensable. G ALEXANDER forme dans son école des kinésithérapeutes et des techniciens de la relaxation. Les techniciens sont formés en trois ans et acquièrent des notions de psychologie, de physiologie indispensables à la direction de ces techniques. Cette relaxation se pratique soit individuellement, soit par groupes de 8 ou 10 sujets. Normalement, une personne peut apprendre cette technique de détente en une année scolaire, d'octobre à juillet.

Applications :

— Chez l'homme normal

Amortissement de la résonnance émotionnelle des affects.

Mise au repos : des séances de relaxation régulièrement espacées au long de la journée permettent à certains sujets, rapidement crispés et fatigables, d'éviter des états de fatigue prononcée en fin de journée, et par là même d'augmenter considérablement leurs possibilités de travail. Cette possibilité de repos prophylactique est particulièrement précieuse chez les sujets hyperactifs qui ne peuvent se reposer ou dormir pendant la journée.

Il s'agit là d'un véritable apprentissage de la détente.

Possibilités d'hypo-algésie ou d'anesthésie : l'expérience de la relaxation permet au sujet, devant les douleurs de la vie quotidienne, d'éviter les crispations musculaires et l'attente anxieuse. Les douleurs de la vie quotidienne sont en effet dues, en grande partie, à l'angoisse.

En médecine psychosomatique :

Système cardio-vasculaire :

— Hyper-tension artérielle,
— Angine de poitrine et infarctus du myocarde,
— Névroses cardiaques et troubles du rythme,
— Troubles vaso-moteurs.

Syndrôme respiratoire :
— Asthme bronchique,
— Tuberculose pulmonaire.

Syndrômes endocriniens et métaboliques :
— Spasmphilie, tétanie.

Système gastro-intestinal :

— Trouble de la fonction sexuelle,
— Incontinence et rétention d'urines,
— Impuissance, frigidité.

Ophtalmologie : Glaucome.
Dermatologie : prurit, psoriasis, eczéma.

En Neuro-psychiatrie

Affections du système nerveux :

— Céphalées, rachialgies,
— Troubles neuro-moteurs, tremblements, crampe des écrivains, bégaiement.

Insomnie :

— Névroses, neurasthénie, névroses d'angoisse, névroses hypo-chodriaques,

— Psycho-névroses : névroses phobique, obsessionnelle, toxicomanie.

Les techniques de relaxation par leurs implications organismiques, par leur utilisation des réactions organismique à l'aide de procédés psychologiques se placent au carrefour de l'articulation psycho-physiologique de l'homme. Les techniques de relaxation ont l'avantage considérable de prendre leur point de départ dans les effets physiques immédiats, de permettre une attaque directe du symptôme somatique et d'aboutir à des résultats nettement plus rapides qu'une psychoanalyse (12).

LA SOPHROLOGIE

Le terme de Sophrologie est dérivé du grec :

Sos = harmonie, équilibre ;
Phren = esprit ;
Logos = discours, étude.

Sophrologie veut donc dire : étude de l'esprit en équilibre, étude de l'harmonie de l'esprit.

La définition de la sophrologie est difficile, car, la sophrologie est en réalité une science toute neuve qui se cherche et qui, pour le moment, comprend essentiellement des hypothèses de travail.

Créée en 1960 en Espagne, par le professeur Caycedo de Barcelone, cette école scientifique nouvelle se propose d'étudier les états de conscience, les niveaux de conscience ; elle désire contribuer à la recherche, à l'étude de la conscience humaine, en essayant de la situer dans le cadre des connaissances actuelles (14).

Son fondateur dit ceci : « D'après nous, l'état sophronique exige une situation de conscience spéciale et caractéristique, une action psychologique primaire. Une fois cet état atteint, nous avons besoin, pour la production des phénomènes, que la conscience du sujet se trouve dans un état suffisant, pour qu'elle prenne le commandement de la vie végétative de façon progressive et dynamique, de telle sorte que cette dynamique végétative « inconsciente » admette sans résistance, ce qu'elle suggère, formule et propose. Cette situation est comparable à l'état de sophrosyné des grecs. De cette façon l'idée suggérée ou formulée, « passerait » sans censure ni interférence au centre de la vie profonde, ordonnant, dans la mesure du possible, la vie végétative.

De cette façon on chercherait, en agissant sur le « thymos » l'équilibre de l'état psycho-végétatif irrégulier ou la transformation d'une maladie, dans la mesure du possible. Ce fait, primairement psychique, a une répercussion immédiate dans le physiologisme organique. Cela se vérifie avec l'étude des phénomènes circulatoires au niveau du cortex cérébral, et par des études très poussées en laboratoire : pour nous l'état sophronique n'est autre qu'un état de conscience totalement normal, avec ses qualités et ses caractéristiques ; une d'elles, de grande utilité, parce que dans cet état l'homme peut agir plus facilement sur la vie végétative.

Prétendre définir la nature de l'état sophronique, en tant qu'état de conscience, est aussi inutile qu'il est impossible de le faire avec n'importe quel état de conscience, veille ou sommeil, par exemple.

Afin de préciser la nature même de l'étude que se propose la sophrologie nous dirons, en conclusion, que ces modifications de l'état de conscience peuvent être de caractère quantitatif et de caractère qualitatif, entendant par modifications de caractère quantitatif celles qui se produisent au niveau de la conscience, et par modifications de caractères qualitatif celles qui modifient les états de la conscience.

Suivant cette hypothèse de travail, nous admettons la modification qualitative des états de la conscience dans deux directions : d'un côté, les états pathologiques de la post-conscience que nous appellerons C.P. (conscience pathologique) ; de l'autre les états sophroniques de la conscience ou C.S. (conscience sophronique). Au centre, restent les états ordinaires de la conscience ou C.O. (conscience ordinaire).

Nous ajouterons que les niveaux de la conscience peuvent varier indépendamment des états de la conscience » (14).

Dans ce vaste domaine que se propose d'étudier la Sophrologie, à savoir les états et les niveaux de conscience, l'école toulousaine avec le Docteur BERRANGER, se

limite à l'étude d'un niveau de conscience obtenu par la technique de la « sophrologie personnalisée » que nous allons approfondir.

Cette technique utilise à la fois la technique de relaxation de SCHULTZ et le verbe pour déclencher des phénomènes physiologiques en s'appuyant ainsi sur la somatisation concentrative (15). La somatisation, comme l'écrit CHERTOK, crée une distance, favorable au praticien comme au patient, et tend à réduire considérablement le transfert.

« Grâce à cette technique, non seulement le patient n'est pas et n'a jamais été dominé, mais il a le sentiment que sa personnalité sort épanouie, d'abord parce qu'il est lui-même l'animateur de sa propre relaxation, n'étant que guidé par le praticien ; ensuite, seul, il peut, par le training autogène, continuer à se relaxer, arrivant ainsi à se dominer et même à contrôler son système nerveux neuro-végétatif.

Tout se passe, en effet, comme si nos deux systèmes nerveux, le cérébro-spinal d'une part, le neuro-végétatif de l'autre, se trouvaient disjoints, comme si cette déconnexion qu'est le « Umschaltung » de SCHULTZ, n'était que la « neuro-disjonction » ; autant qu'il est permis de le penser, tout se passe comme si le praticien, au cours des « états sophroniques », prenait en main la direction du système nerveux neuro-végétatif, lui passant les ordres sous forme de suggestions, sous le contrôle lointain et passif du système nerveux cérébro-spinal.

Technique de la « sophrologie personnalisée ».

— Entretien préliminaire :

Comme dans l'hypnose et la relaxation, l'entretien préliminaire est très important. Il s'attachera d'abord à l'anamnèse en se limitant aux symptômes propres sans essayer de pénétrer dans l'affect du patient. Ensuite, le thérapeute expliquera très rapidement la méthode au patient en s'attachant surtout à le rassurer et à effacer toutes les idées fausses qu'il a pu se créer.

« Le patient est très confortablement installé dans un fauteuil... il, ou elle, retire les chaussures, les lunettes, sort les lentilles cornéennes, les bracelets encombrants, desserre la ceinture, le col, etc... bref, le patient doit être dans un état de relâchement musculaire aussi complet que possible... il ne faut pas qu'il soit gêné en quoi que ce soit ; ses mains reposent sur le bord supéro-externe des cuisses, la paume de la main tournée vers le haut.

Il ferme les yeux et le « Discours » peut commencer : c'est ici que commence la « sophronisation personnalisée » (chaque portion de phrase est répétée deux fois). »

— *La déconnexion organismique :*

« L'état de déconnexion permettrait à la conscience de se maintenir de façon privilégiée à un stade intermédiaire entre le pré-assoupissement et l'assoupissement.

La déconnexion permettrait de se détacher du continuum veille-sommeil et ceci d'une façon de plus en plus automatique, grâce à l'apprentissage » (SCHULTZ) (13).

Pour obtenir cette déconnexion nous utilisons le verbe, le langage. « Le patient sourit au début, mais il finit par comprendre très rapidement que le langage utilisé pour « parler », en quelque sorte, à l'inconscient n'est pas le même que celui de la conversation courante... Ce langage doit, pour être efficace, utiliser une certaine rythmique, une certaine répétition, une certaine stéréotypie ». Il se produira dès lors, comme le dit ISASI une sensibilisation de l'inconscient » (11).

Il faut en effet que chaque phrase soit répétée 2, 3 fois, suivant un rythme lent, régulier..., ininterrompu...; à voix presque chuchotée à l'oreille du patient.

Comme dans la phase passive de la technique de SCHULTZ, le sujet est invité à se concentrer sur son corps, c'est-à-dire à ne penser à rien d'autre qu'à son corps.

« Pour rendre cette concentration plus facile à réaliser, le sujet est invité à se concentrer, c'est-à-dire à penser très fortement, tous ses membres les uns après les autres... Il doit penser, dans un premier exercice, que ses membres... les uns après les autres... (bras droit, puis bras gauche, etc...) sont lourds... il doit sentir... prendre conscience de cette lourdeur... Ensuite, dans un deuxième exercice, il doit penser que ses membres... les uns après les autres... sont chauds ; il doit sentir cette chaleur, membre après membre. »

Entre chaque exercice, le thérapeute inclut une invitation à « respirer calmement, profondément ». Toujours répéter deux fois.

Sans pouvoir définir d'une façon définitive l'état de déconnexion ainsi obtenu, il semblerait que, schématiquement, l'on puisse considérer 2 sortes de phénomènes :

— une inhibition du système nerveux central ; cette inhibition se ferait au niveau de la « Réticulée ». En fait, le système réticulé inhibé empêcherait la diffusion au cortex de tous les stimuli venant des systèmes sensoriels. C'est ainsi, par exemple, que la douleur ne passerait plus et n'atteindrait pas le cortex, par conséquent elle ne serait plus sensible pour le sujet.

— L'inhibition du système nerveux central au niveau de la réticulée étant obtenue, il se produirait un phénomène nouveau que nous considérons comme une véritable « libération » du système neuro-végétatif. Nous entendons par ce terme de « libération » que le système neuro-végétatif ne se trouverait plus sous la tutelle directe du système nerveux central (cérébro-spinal). Le système neuro-végétatif ainsi libéré passerait sous les ordres du thérapeute et le médecin pourrait alors commencer une véritable rééquilibration de tout ce système neuro-végétatif.

A ce moment-là, le thérapeute n'aurait qu'à donner l'ordre au système neuro-végétatif de se remettre en équilibre, et ceci en formulant, toujours avec le même rythme et la même voix, le mécanisme physiologique

normal qui semble être perturbé.

— *La reconnexion :*

(15) La reconnexion doit être menée avec une très grande maîtrise par le praticien qui doit procéder avec douceur, lentement, de la façon suivante :

1° reprise de contact avec le monde extérieur :

« Maintenant, lentement, très lentement, nous allons reprendre contact avec le monde extérieur... de plus en plus vous reprenez conscience..., lentement vous revenez à la réalité... ».

2° récupération de la vitalité :

« Vous sentez une onde de vitalité et de force qui remonte le long de votre jambe gauche... de votre cuisse gauche... de votre main, de votre avant-bras, de votre bras, de votre épaule gauche... ».

« Cette onde de vitalité et de force remonte le long de votre jambe droite, de votre cuisse droite... de votre main, de votre avant-bras, de votre bras, de votre épaule droite...

Tous vos membres ont récupéré leur force et leur vitalité... Vous pouvez commencer à les mouvoir... Et maintenant votre abdomen... votre thorax... récupèrent toute leur force et leur vitalité...

Enfin, vous respirez cinq fois lentement, en levant les bras et en gonflant votre poitrine... fortement... une fois... une seconde fois... lentement... une troisième fois... fortement... une quatrième fois... encore plus fort... une cinquième fois... très lentement...

Et maintenant vous vous étirez très fort... comme si vous sortiez d'un long sommeil... vous étirez vos bras encore plus fort... vous étirez vos jambes... ».

3° ouverture des yeux :

« Et tout en vous étirant... vous ouvrez les yeux quand vous voulez... ».

Il faut que le praticien prévienne bien le patient que, sous aucun prétexte, il ne doit ouvrir les yeux avant d'avoir terminé la « reprise », c'est-à-dire, avant que l'ordre ne soit donné par le praticien.

Par ailleurs, le praticien doit vérifier si le patient est bien « reconnecté » et si, par exemple, il n'a pas mal à la tête, si ses jambes ne sont pas « en coton », si, enfin, il ne titube pas.

De toutes façons, il est bon de garder le client quelques minutes après la désophronisation, afin d'être assuré que le patient est en parfait état de déconnexion.

Résultats - Indications.

La « sophrologie personnalisée », poursuivie à domicile par des exercices quotidiens de la méthode de SCHULTZ ne donne de résultats que dans la mesure où le patient coopère pleinement. C'est une méthode essentiellement active où le thérapeute n'est qu'un guide. Pour le patient, le problème est de savoir s'il accepte de pratiquer lui-même la déconnexion pour se soigner. Généralement le patient qui participe vraiment de l'intérieur et non pas en spectateur en éprouve un tel bien-être qu'il pratique volontiers ces exercices quotidiens et en retire d'énormes bienfaits.

Ses indications s'étendent à toutes les maladies psychosomatiques et somato-psychiques et nous retrouverons encore :

A) *Syndrômes cardio-vasculaires et vaso-moteurs :*

— Hypertension artérielle ;

— Névroses cardiaques « angines de poitrine, infarctus du myocarde » ;

— Troubles vaso-moteurs « artérite, maladie de Raynaud », « Maladie de Dupuytren » ;

— Troubles vaso-moteurs post-opératoires.

B) *Syndrômes respiratoires :*

— Troubles des voies respiratoires supérieures ;

— Asthme bronchique ;

— Tuberculose pulmonaire.

C) *Syndrômes endocriniens et métaboliques :*

— Hyperthyroïdie, diagète ;

— Spasmophilie, tétanie.

D) *Syndrômes digestifs :*

— Troubles de la déglutition ;

— Gastrites et ulcères gastriques ;

— Troubles du transit intestinal (constipation, diarrhée, colite) ;

— Rectocolite ulcéro-hémorragique ;

— Hémorroïdes.

E) *Système uro-génital :*

— Troubles de la miction (énurésie, dysurie) ;

— Syndrômes douloureux de la femme ;

— Obstétrique ;

— Troubles sympathiques de la grossesse.

F) *Neuro-psychiatrie :*

— Céphalées ;

— Zona ;

— Bégaiement ;

— Névralgies.

G) *O.R.L. :*

— Sinusites ;

— Otalgies ;

— Dysphonie ;

— Angines.

H) *Odonto-stomato :*

— Anesthésie ;

— Suppression de la peur du dentiste ;

— Arrêt de la salivation et du saignement lors d'extraction.

Nos expériences cliniques nous ont permis de découvrir accidentellement l'existence, d'une « mémoire sophronique » capable de faire ressurgir dans l'esprit du sujet des souvenirs complètement oubliés ou des détails d'une précision inattendue (16).

— d'un état de détente et de bien-être extrêmement profond après chaque séance.

Quelques résultats expérimentaux :

La sensation de froid au réveil et la perception de pulsations artérielles lors de l'exercice de chaleur perçues par la majorité des patients nous ont poussé à étudier les modifications de la température périphérique à l'état sophronique pur et les variations de l'indice oscillométrique et de la tension artérielle lorsque le thérapeute donne des ordres de vaso-dilatation et de vaso-constriction au système neuro-végétatif.

I) *Etude de la température périphérique portant sur neuf sujets.*

L'appareillage est constitué, par le télé-thermomètre, Yellow Springs modèle 41 TA. Basé sur le principe du couple thermo-électrique il est constitué :

Par des sondes thermosensibles que nous maintiendrons au contact du corps à l'aide de sparadrap, reliées à un multivolmètre à aiguille qui nous permet de lire la température des différentes sondes sur un cadran

Conditions expérimentales.

Le sujet est confortablement installé dans un fauteuil relax, les bras le long du corps, dans une pièce semi-obscure, isolée des bruits extérieurs. Sur chacun de ses index est fixée une sonde thermosensible reliée à l'appareil enregistreur.

Nous mesurons constamment la température ambiante à l'aide d'un thermomètre d'ambiance et nous la porterons sur la courbe.

Lors d'une première expérience nous laissons le sujet à l'état de repos vigile pendant 1 h 30 et nous mesurons les différentes températures (index droit et gauche, température ambiante) toutes les 15 minutes. Nous traçons le graphe I.

Lors d'une deuxième expérience nous laissons le sujet au repos s'adapter à la température ambiante, puis, avant de procéder à la déconnexion, nous effectuons une première mesure à l'état de veille. Après quoi nous déconnectons le sujet et nous le laissons ainsi durant 1 h 30, en prenant toujours les mesures toutes les 15 minutes. Au bout de 1 h 30, nous reconnectons le sujet, et, le laissant dans la même position à l'état de veille, nous continuons nos mesures toutes les 15 minutes pendant 45 minutes. Nous traçons alors le graphe II.

Résultats :

A) *A l'état vigile :*

Huit sujets oscillent peu autour d'un point d'équilibre (courbe I),

Un seul diminue de 8 degrés à droite,
9 degrés à gauche.

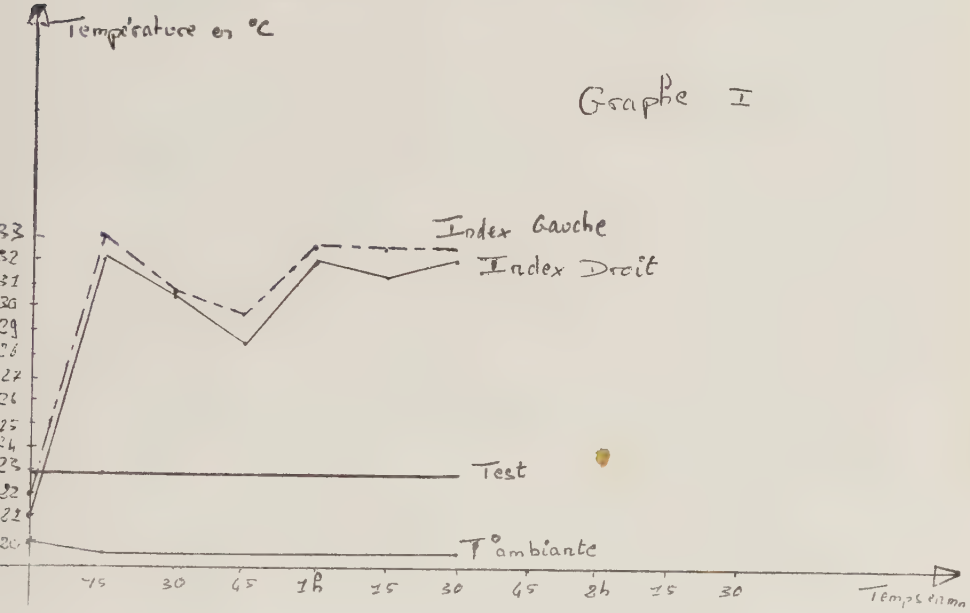
B) *A l'état sophronique :*

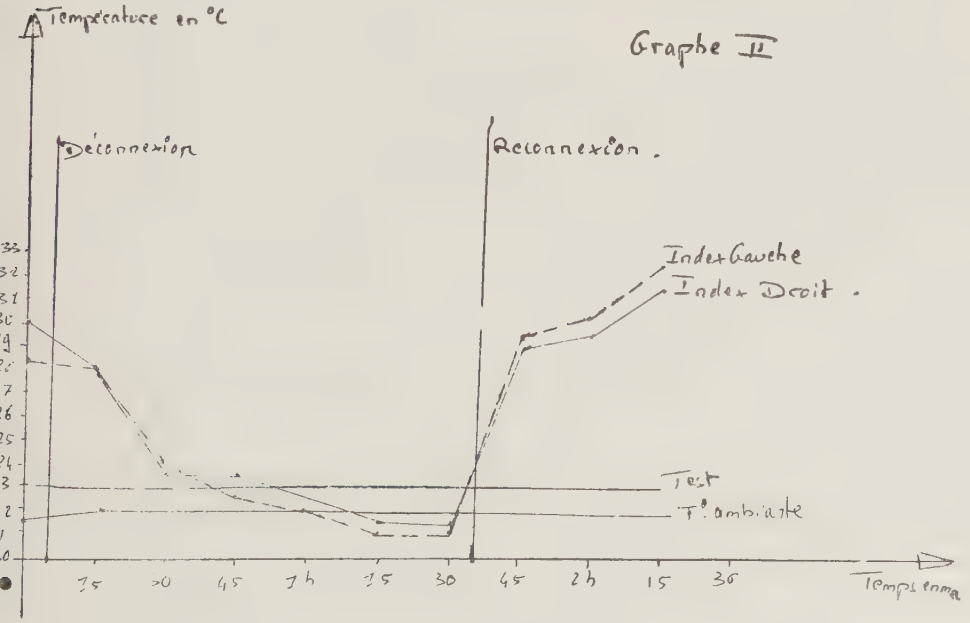
Trois sujets oscillent autour d'un point d'équilibre. Il est à noter que deux d'entre eux sont de nouveaux venus à la sophrologie peu entraînés.

Six sujet chutent en état de déconnexion, de 7 à 13 degrés.

Quatre d'entre eux retrouvent la température de départ très rapidement après la reconnexion (courbe II).

Deux d'entre-eux ne remontent pas après reconnexion. Il est à noter que l'un d'entre-eux présente des signes de la maladie de Raynaud.





II. — *Etude de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique portant sur les mêmes sujets.*

Réalisée à l'aide de deux tensiomètres électroniques de Comet (longuement décrit par M^me^ MONTASTRUC-BOISSON (17).

Conditions expérimentales :

Le sujet est en position assise, jambes étendues, tête appuyée, les bras reposant sur les cuisses, dans une pièce obscure, isolée des bruits extérieurs.

Température moyenne de la pièce : 20°.
Pression atmosphérique moyenne : 750 cm de Hg.
Mise en place des deux tensiomètres de Comet :

— l'un nous servira à mesurer la tension artérielle et l'indice oscillomètre du pouce gauche grâce à un brassard pneumatique de 14 cm × 3,5 cm. Nous réglons sa sensibilité à l'infini ;

— l'autre nous permet de mesurer simultanément la tension artérielle et l'I.O. du bras droit grâce à un brassard de tensiomètre de Vaquez. Nous réglons sa sensibilité à I.

Tout étant ainsi en place et le sujet s'étant accoutumé à la pièce, nous prenons une première mesure à l'état de veille (photo 1). Nous déconnectons le sujet et nous effectuons la seconde mesure, 3 minutes plus tard, à l'état sophronique pur (photo 2). Nous donnons un ordre de chaleur donc de vaso-dilatation, 4 minutes après

Ordre de retour au repos physiologique vasculaire, 2 minutes après (photo 4).

Ordre de froid donc de vaso-constriction, 4 minutes après (photo 5).

Ordre de retour au tonus vasculaire de repos, 2 minutes après (photo 6).

Enfin, nous reconnectons le sujet et prenons le dernier cliché, 7 minutes après à l'état de veille (photo 7).

Durée totale de l'expérience : 20 minutes.

Résultats :

Pour plus de clarté, nous avons porté les résultats les plus significatifs sur une courbe (courbe 3) représentant les variations de l'I.O. et la T.A. au niveau du pouce gauche de M^me^ R..., 56 ans.

Comme le montre la courbe (et c'est le cas pour la plupart des sujets) il y aurait :

— une diminution de la TA, et une augmentation de l'I.O. après l'ordre de vaso-dilatation ;

— une augmentation de la TA et une diminution de l'I.O. dans le cas d'une vaso-constriction.

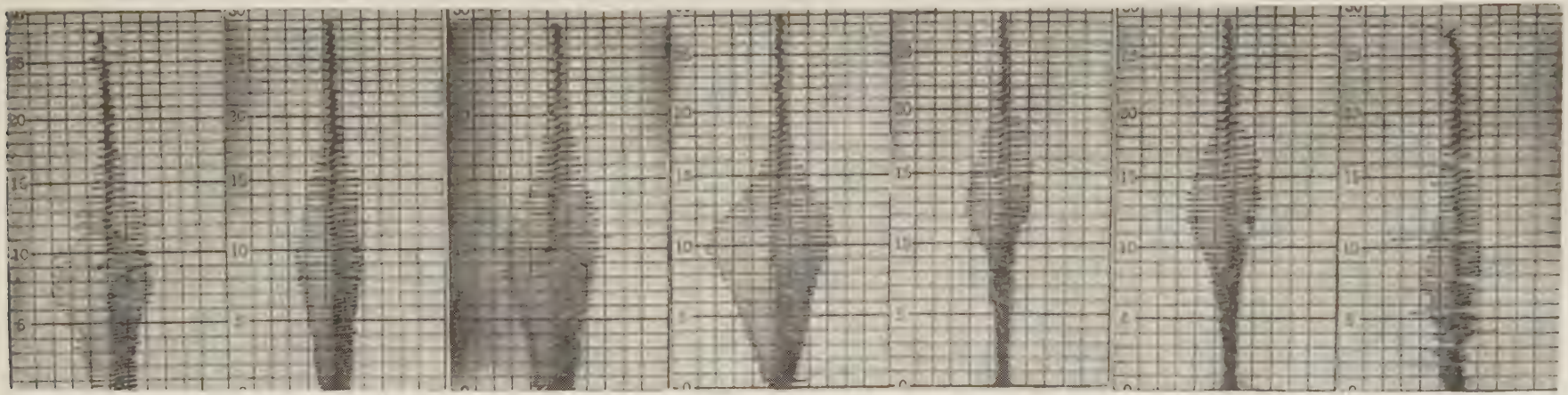
En ce qui concerne le retour au tonus de repos les résultats sont très disparates.

Il est à noter que les variations au niveau du doigt et du bras sont concommittentes et du même ordre, et qu'après reconnexion tous les sujets retrouvent à peu près les chiffres enregistrés au début de l'expérience.

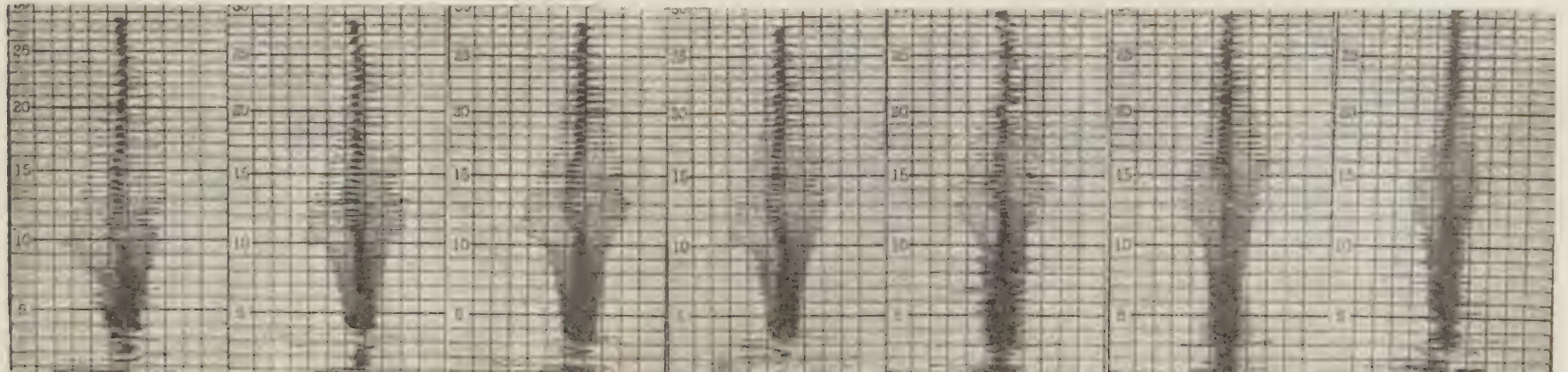
(1) Etat de veille (2) Déconnexion (3) Ordre de chaleur (4) Repos physiologique de connexion (5) Ordre de froid (6) Repos physiologique de connexion (7) Etat de veille.

BRAS DROIT

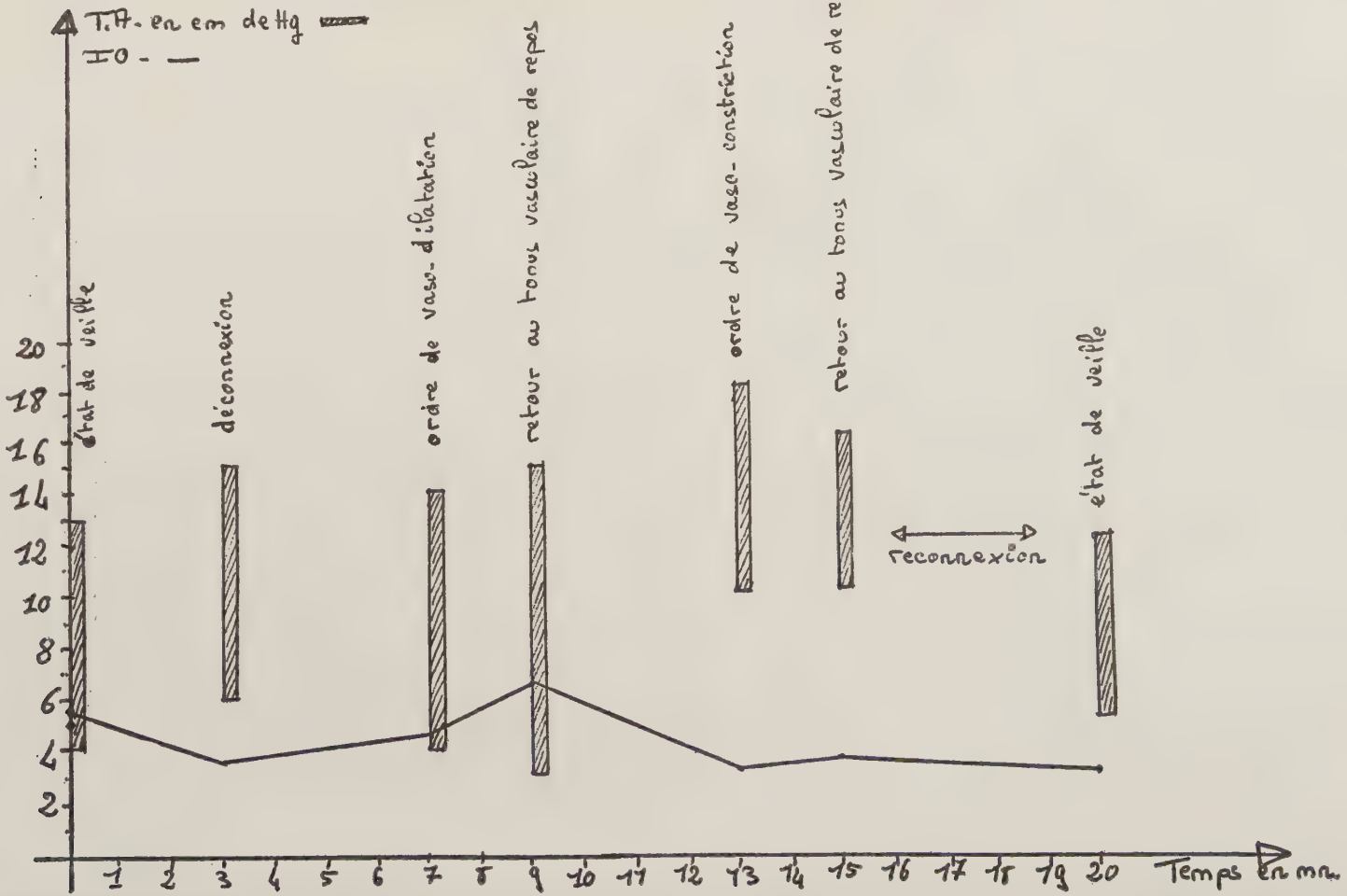
0 mn 3 mn 7 mn 9 mn 13 mn 15 mn 20 mn



POUCE GAUCHE



Mme R... 56 ans


T.A. en cm de Hg
H0 - —
état de veille
déconnexion
ordre de vaso-dilatation
retour au tonus vasculaire de repos
ordre de vaso-constriction
retour au tonus vasculaire de repos
reconnexion
état de veille
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Temps en mn.

III. — *Critiques :*

Le nombre de sujets était peu important : 9.

L'âge et le sexe n'étaient pas uniformes :

— 7 filles pour 2 garçons ;

— 2 de 19 ans, 2 de 20 ans, 4 de 21 ans, 1 de 56 ans.

Il faut tenir compte de l'influence de la voix de l'opérateur sur ces sujets d'âge et de sexe différents.

Pour l'expérience de température nous n'avons pas tenu compte du degré hygrométrique qui joue un rôle très important dans les échanges thermiques.

Pour l'expérience de la tension artérielle : nous ne savons pas ce qu'aurait provoqué la même expérience sur des sujets éveillés auxquels on aurait également donné des ordres de chaud et de froid.

Toutes les expériences n'ayant pas été effectuées le même jour à la même heure, inévitablement les conditions expérimentales ne sont pas rigoureusement identiques.

Tous ces faits ne nous permettent donc pas de tirer des conclusions irréfutables mais tout au plus d'étayer notre hypothèse de réponse du système neuro-végétatif à des ordres précis.

IV. — *Quelques essais sur le tonus oculaire dans le cas de glaucome.*

Conditions expérimentales :

L'expérimentation s'est déroulée dans le service du professeur DÉODATI sous la direction du Dr FONTAN. Le tonus oculaire est mesuré par le Dr FONTAN, puis nous déconnectons le sujet dans une pièce semi-obscure et isolée, nous reconnectons le sujet et immédiatement après le Dr FONTAN refait une mesure du tonus oculaire à l'aide du tonomètre à applanation.

Résultats :

— M. Emmanuel G....

tonus oculaire à gauche avant : 26 mm de Hg
après : 22 mm de Hg

— M. C...

tonus oculaire avant : à droite : 35 mm de Hg
à gauche : 30 mm de Hg
après : à droite : 30 mm de Hg
à gauche : 25 mm de Hg

— M^{me} G...

tonus oculaire avant : à droite : 30 mm de Hg
à gauche : 27 mm de Hg
après : à droite : 21 mm de Hg
à gauche : 21 mm de Hg

— M^{me}D...

Dans une première séance nous n'obtenons pas de modification, peut-être avions nous été trop pressé et pas assez explicite quand à notre formulation.

Huit jours après lors d'une deuxième séance :

tonus oculaire avant : à droite : 22 mm de Hg
à gauche : 23 mm de Hg
après : à droite : 19 mm de Hg
à gauche : 19 mm de Hg

Conclusion :

Il semblerait, bien que nous n'ayons qu'un nombre limité d'observations que l'œil répond lui aussi aux ordres de rééquilibration physiologique. Le Glaucome survenant dans 95 % des cas chez des sujets anxieux, constitue un terrain de choix pour la soprologie.

Il aurait été intéressant d'étudier l'influence d'exercices quotidiens de déconnexion sur ces Glaucomes, malheureusement il s'agissait de consultants et ceci n'a pas pu être réalisé, les sujets étant momentanément perdus de vue.

Bien que recueillis dans des conditions expérimentales pas assez rigouses, ces résultats nous incitent à poursuivre nos recherches sur les multiples possibilités qu'offre la sophrologie.

CONCLUSION

1) *L'hypnose* est une déconnexion provoquée déclenchant un état dans lequel le sujet perd conscience d'une façon continue ou discontinue, état déterminé par l'action directe et impérative du praticien sur son psychisme.

2) *La sophrologie* est une déconnexion provoquée déclenchant un état dans lequel le sujet conserve sa conscience, état déterminé par la concentration somatisante dans lequel le thérapeute commanderait au système nerveux végétatif.

3) *Le training autogène* est une auto-déconnexion déclenchant un état autogène (18).

Il n'y aurait donc pas d'opposition fondamentale entre la relaxation, la sophrologie, et l'hypnose. Il y aurait surtout une différence de niveau. On pourrait schématiquement les classer ainsi (15) :

— *le niveau O*, qui correspondrait à l'état autogène de SCHULTZ nécessitant un long apprentissage ;
— *le niveau I*, qui est une hétéro-déconnexion conservant au patient toute sa lucidité obtenue par la « sophrologie personnalisée » ;
— *le niveau II*, où le patient, avec une hétéro-déconnexion peut perdre conscience avec amnésie d'une façon continue ou discontinue.

L'hétéro-déconnexion obtenue par la « sophrologie personnalisée » se situerait plus près de l'état autogène de SCHULTZ que de l'hypnose, mais dans un état cependant différent. Son utilisation thérapeutique serait plus étendue, plus facile et plus rapide.

Vu : le Président de Thèse,
J. PLANQUES

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 8 juin 1971
Le Président du Conseil
de l'Université Paul SABATIER
Signé : L. LARENG.

BIBLIOGRAPHIE

1 — CAYCEDO (A). — Progrès en Sophrologie. Encyclopedia Sophrologica. Préface.

2 — CHERTOK (L.). — L'hypnose les problèmes théoriques et pratiques, la technique — Masson et Cie.

3 — KRESS (J.-J.) et RITTER (M.). — Hypnose et Thérapeutique psychiatrique — Encyclop. Médico-Chir. 37820 B 50.

4 — LIEBAULT (A.-A.). — Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique — Masson et Cie, Paris 1866, 535.

5 — SCHILDER (P.) et KAUDERS. — Lehrbuch der Hypnose. Vienne et Berlin Julius — Springer, 1926. Réédité en anglais. A textbook of Hypnosis — International Universities Press, Inc., New York, 1956, Part II, 45, 184.

6 — GAYRAL (L.). — Propos sur l'hypnose. Revue d'odonto. Stomato du Midi de la France, 18, 34.

7 — ROHMER (F.) et ISRAEL (L.). — L'EEG dans le training autogène — Rev. Neurol. 1957, 96, 559, 563.

8 — WOLBERG (L.). — Médical Hypnosis, Vol. I : The principles of Hypnotherapy, Vol. II : The pratice of Hypnotherapy Grone and Stratton, New York, 1948.

9 — WEITZENHOLFFER (A.-M.). — Hypnotism, An objective study in suggestibility, John Willey et Sons Inc, New York, 1953, 380.

10 — WETTERSTRAND (O.-G.). — L'hypnotisme et ses applications à la méd. pratique (trad. franç., Valentin (P.) et Lindfort (T.), Octave Doin — Paris, 1899, 239).

11 — GEISMANN (P.) et DURAND de BOUSSIGEN (R.). — Les méthodes de relaxation — Ch. Dessart, édit., 14, 57.

12 — DURAND de BOUSINGEN (R.). — La relaxation P.U.F. Que sais-je ?

13 — SCHULTZ (J.-H.). — Le training autogène. P.U.F., 210.

14 — CAYCEDO (A.). — Progrès en sophrologie — Collec. Encyclopedia sophrologica.

15 — CHERC-HEVE (R.) et BERRANGER (E.). — L'hypnosophrologie en art dentaire — Privat, édit., 1970.

16 — BERRANGER (E.). — De la détermination des niveaux de conscience par la tech. de la S. Personnalisée. La Prom. dent., 1er trim. 1971, 11, 45.

17 — MONTASTRUC BOISSON (Mme N.). — Contribution à l'étude de quelques TA périph. Thèse Médecine, Toulouse 1956.

18 — PERROT (Mlle Ch.). — Compte rendu de l'exposé présenté dans le service de neuro-psychiatrie de Toulouse, Hôp. La Grave.